

سازمان حمل و نقل منطقه پایتخت
فرم شکایت فصل 6 CATA

لطفاً این فرم را برای ثبت شکایت فصل 6 تکمیل کنید. همچنین می‌توانید فرم را به CATA، معاون مدیر عامل، افسر حقوق مدنی ایمیل، فکس یا پست کنید. آدرس پستی جهت ارسال نامه 48910 4615 Tranter Street, Lansing, MI؛ آدرس ایمیل TitleVI@cata.org؛ یا فکس 317-394-3733. هر گونه مطلب یا اطلاعات مکتوب دیگر را که مرتبط می‌دانید به این فرم پیوست کنید.

بخش 1 - اطلاعات شکایت	
نام	
آدرس	خیابان
	شهر
تلفن	خانه/تلفن همراه
ایمیل	کار
آیا به مطالب با فرمتی قابل دسترسی نیاز دارید؟ اگر پاسخ بله است، لطفاً نوع فرمت را مشخص کنید.	<input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> فرمت:
آیا این فرم شکایت را از طرف خودتان پر می‌کنید؟ اگر به این سوال پاسخ «بله» دادید، لطفاً به بخش 2 بروید.	<input type="radio"/> بلی* <input type="radio"/> خیر
در غیر این صورت، لطفاً نام و رابطه شخصی که برای او فرم شکایت را پر می‌کنید، ذکر کنید.	
نام	
رابطه	
لطفاً تأیید کنید که اگر از طرف شخص ثالثی این فرم را تکمیل می‌کنید، از شخص مغموم اجازه گرفته‌اید.	<input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر
بخش 2 - شکایت	
لطفاً مبنای تبعیض را مشخص کنید	<input type="checkbox"/> نژاد <input type="checkbox"/> رنگ <input type="checkbox"/> ملیت
تاریخ عمل(های) تبعیض آمیز ادعایی (ماه/روز/سال)	
شرح دهید که چه اتفاقی افتاده است و فکر می‌کنید چگونه مورد تبعیض قرار گرفته‌اید. نام و اطلاعات تماس افراد یا افرادی که علیه شما تبعیض قائل شده‌اند (در صورت شناخته شدن) و همچنین اسامی و اطلاعات تماس شاهدان را فهرست کنید. برای فضای بیشتر، می‌توانید برگه‌های اضافی را به این فرم پیوست کنید.	
بخش 3 - اطلاعات تکمیل شکایت	
مایلید چگونه از نتیجه شکایت مطلع شوید؟	<input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> نامه رسمی
آیا قبلاً فرم شکایت فصل 6 را در CATA ثبت کرده‌اید؟	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
آیا این شکایت را نزد هر سازمان فدرال، ایالتی یا محلی دیگر یا هر دادگاه فدرال یا ایالتی ارائه کرده‌اید؟	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
لطفاً تمام مواردی را که در خصوص شما درست است علامت بزنید:	
<input type="checkbox"/> نهاد فدرال	<input type="checkbox"/> دادگاه فدرال
<input type="checkbox"/> نهاد دولتی	<input type="checkbox"/> دادگاه ایالتی
<input type="checkbox"/> نهاد محلی	
نام نهاد	
تاریخ تکمیل	
شخص مسئول در نهاد	نام
	عنوان
آدرس نهاد	خیابان
	شهر
	کوچه
	کد پستی:
امضا	
تاریخ	